



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS/IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL/SER

RAPHAEL DIEGO DE OLIVEIRA BEZERRA

**O SERVIÇO SOCIAL E O TRATAMENTO DA VIOLÊNCIA NO DISTRITO
FEDERAL: UMA EXPERIÊNCIA NO PAV ORQUÍDEA SAMAMBAIA**

Brasília, Agosto de 2015.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS/IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL/SER

RAPHAEL DIEGO DE OLIVEIRA BEZERRA

**O SERVIÇO SOCIAL E O TRATAMENTO DA VIOLÊNCIA NO DISTRITO
FEDERAL: UMA EXPERIÊNCIA NO PAV ORQUÍDEA SAMAMBAIA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao departamento de Serviço
Social – SER do Instituto de Ciências
Humanas - IH na Universidade de Brasília
– UnB, como requisito de obtenção de
título de Bacharel em Serviço Social.

Professora Orientadora: Prof^ª MSc Marlene de Jesus Silva Santos

Brasília, Agosto de 2015.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS/IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL/SER

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO APRESENTADO AO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UnB.

Raphael Diego de Oliveira Bezerra
(Aluno)

BANCA EXAMINADORA:

Profª MSc Marlene de Jesus Silva Santos - Departamento de Serviço Social da
Universidade de Brasília
(Professora Orientadora)

Profª MSc Kênia Augusta Figueiredo - Departamento de Serviço Social da Universidade de
Brasília
(Professora Examinadora)

Priscila Lucia de Moura – Coordenadora do Programa Orquídea de Samambaia
(Assistente Social Examinadora)

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.”

(Theodore Roosevelt)

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Solange, e ao meu pai Isac, também aos meus irmãos Rodrigo e Ana Luiza, pois o apoio de vocês foi fundamental à concretização desse objetivo. Essa vitória também é de vocês!

Aos meus amigos do círculo acadêmico, Renato Duarte, Felipe Maca, Vitor Ferreira, João Pedro e Vitor Marques, fizeram a diferença na minha vida acadêmica, deixo aqui meu muito obrigado!

Às professoras do meu círculo acadêmico, os quais contribuíram com tantas discussões acerca do Serviço Social, em especial a professora Kênia Augusto, por ter acreditado nas minhas idéias, pela disposição, pela paciência, me fez acreditar que era possível a realização desse trabalho e também por ser solícita em aceitar fazer parte da banca avaliadora desse trabalho.

À minha orientadora, Prof^a Msc. Marlene de Jesus Silva Santos, por gentilmente ter feito parte desse processo, expresso aqui minha profunda admiração!

À Assistente Social Priscila Lucia de Moura, que gentilmente aceitou fazer parte da banca avaliadora deste trabalho e foi fundamental no meu processo de estágio e contanto com a profissão. Obrigado!

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência¹ como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.

O presente trabalho se destina ao estudo da Violência no âmbito do DF e o atendimento às vítimas por parte dos profissionais em serviço social na área da saúde. Por meio do Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violências (NEPAV) da Secretaria de Saúde, contando com uma Rede de Serviços de Atenção Integral a Saúde de Pessoas em situação de violência. O objetivo dos atendimentos é a intervenção nos agravos a saúde resultantes das situações de violência. Várias são as consequências na vida e na saúde física e mental das pessoas envolvidas nestas situações.

Em particular, o caso do Programa de Prevenção e Atendimento às Pessoas em Situação de Violência – PAV Orquídea, vinculado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, atende no Hospital Regional da Samambaia (HRSAM). Implantado na regional de Samambaia desde agosto de 2011, o qual tem como finalidade oferecer às pessoas em situação de violência, o atendimento integral e inter setorial de forma a contribuir para a redução da reincidência dos casos de violência.

O público principal é constituído por mulheres, crianças e adolescentes. Os relatos mais frequentes sofridos por crianças e adolescentes referem-se a abuso sexual; pelas mulheres, a violência física e psicológica, geralmente provocadas pelo companheiro e entre os idosos, a violência física, psicológica e também a financeira, quando a aposentadoria é utilizada pelo familiar, sem nenhum benefício em prol do idoso. O Programa de Prevenção e Atendimento às Pessoas em Situação de Violência – PAV Orquídea – já realizou 942 atendimentos até o fim de 2012. Deste total, 83,75% foram situações envolvendo crianças e adolescentes; 15% mulheres e 1,25% idosos².

Palavras chave: Violência. Serviço Social. Vítimas. PAV. Saúde.

¹ World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).

² Dado divulgado pela SEDF e extraído pelo site www.saude.df.gov.br. Acesso em 12 de Maio de 2014.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE.....	12
2.1 Atribuições do Assistente Social - Parâmetros.....	16
2.2 Particularidades do Trabalho do Assistente Social no Ambito da Saúde.....	19
3 UMA ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	31
3.1 Princípios e Diretrizes do Sus	32
3.2 Avanços, dificuldades e desafios para o SUS.....	37
4 VIOLÊNCIA	45
4.1 Tipos de Violência	47
4.2 Violência e Serviço Social	52
5 PROGRAMA DE PESQUISA, ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA À VIOLÊNCIA – PAV	59
5.1 Pav Orquídea	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
BIBLIOGRAFIA.....	73

1 INTRODUÇÃO

A violência representa nos dias atuais a principal causa de morte, doença e tentativa de suicídio. Dados do Ministério da Saúde mostram que ela é a terceira causa de adoecimento e a primeira em mortes na faixa etária dos nove aos cinquenta anos de idade. E pode produzir sérios agravos na saúde física como as doenças sexualmente transmissíveis, infecção por hepatites, lesões, ferimentos, gravidez indesejada, dentre outros. Para precaver tais agravos, as vítimas devem receber atendimento médico o mais rápido possível para que seja realizada a profilaxia e o tratamento ininterrupto apropriado.

A violência, Como afirma Agudelo (1990, p.1-7), “representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”. Além de ser esta uma questão política, cultural, policial e jurídica, é também, e principalmente, um caso de saúde pública, não sendo um problema específico da área da saúde. No entanto, ela a afeta, já que muitas vítimas adoecem a partir de situações de violência.

Considera-se que a violência é um fenômeno complexo, que envolve fatores sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos. Prontamente, para compreender e enfrentar essa problemática, devemos analisar um conjunto de fatores, como condições de vida, questões ambientais, trabalho, habitação, educação, lazer e cultura. Uma vez que esta se reproduz nas estruturas e subjetividades em diferentes espaços, como na família, escola, comunidade, trabalho e instituições.

Ou seja, a violência é um fenômeno socialmente construído, que necessita ser desconstruído, a partir de uma ação inter setorial e multidimensional. A mortalidade e a morbidade por violência têm aumentado em todo país. Situa-se como a segunda causa de morte em nossa população. Em média, as causas externas provocam 120.000 mortes por ano no Brasil como destaca o Ministério da Saúde.

Diante disso, a violência caracteriza-se como sério problema de Saúde Pública, pois causa forte impacto na saúde da população brasileira. Segundo estudiosos, essa mudança de perfil denomina-se transição epidemiológica. Em consequência, exige do setor de saúde a ampliação dos serviços para assistência em todos os níveis de complexidade, o que afeta os serviços, os custos, a organização e os profissionais da área da saúde, além de exigir intervenção interdisciplinar, multiprofissional e inter setorial, visando a promoção da saúde e prevenção da violência.

É importante destacar que a violência acontece no mundo todo e atinge pessoas de todas as idades; independe de sexo, raça, religião, nacionalidade, escolaridade, opção sexual ou condição social. No entanto, a violência apresenta-se nas classes menos favorecidas com mais facilidade devido às condições precárias de sobrevivência. Ela está presente na vida de todas as pessoas, sejam como vítimas sejam como agressores.

Com a mudança de perfil epidemiológico nos últimos 20 anos, as violências e os acidentes vêm ultrapassando as doenças degenerativas e infecciosas em taxas de mortalidade e morbidade, já que cada vez mais surgem enfermidades psicossomáticas causadas pelas condições de vida, pelos acidentes e violências. Embora todas as pessoas possam agredir ou ser agredidas, as maiores vítimas da violência – física, sexual, psicológica ou por negligência – são as crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, homossexuais, portadores de alguma deficiência e de transtorno mental.

Muitas pessoas que recorrem aos serviços de saúde com queixa de enxaquecas, gastrites, dores difusas e outros problemas vivem situações de violência dentro de suas próprias casas. Compreendemos que a ligação entre a violência e a saúde tem-se tornado cada vez mais evidente, embora a maioria das vítimas não relate que viveu ou vive em situação de violência.

O efeito também é social, pois afeta o bem-estar, a produtividade, o desenvolvimento pessoal e a auto-estima da vítima. O enfrentamento desse fenômeno exige uma convergência de medidas de impacto, que passa por campanhas educativas, mirando a

ações de prevenção, segurança, melhoria dos registros ambulatoriais, hospitalares e à capacitação de recursos humanos para prevenção e atendimento às vítimas de violência.

A assistência social, por meio do Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violências (NEPAV) da Secretaria de Saúde, contando com uma Rede de Serviços de Atenção Integral a Saúde de Pessoas em situação de violência - Rede Esperança. “Tal Rede é composta pelos Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância em Violência os “PAVs” que estão localizados nos hospitais públicos. Os PAVs realizam atendimento psicossocial às pessoas em situação de violência em todos os ciclos de vida (criança, adolescente, mulher, homem e idoso)”.

O objetivo dos atendimentos é a intervenção nos agravos a saúde resultantes das situações de violência. Várias são as consequências na vida e na saúde física e mental das pessoas envolvidas nestas situações.

Atualmente o serviço social, é compreendido como uma área da saúde, expressão clara disto é a Resolução nº 218\1997, do Conselho Nacional de Saúde, qual discute sobre a temática, por sinal uma grande conquista para nossa profissão. Assim também há um segundo argumento que pauta-se na experiência do projeto de formação profissional do serviço social e sua interface pela saúde, que mesmo percebendo que muitas vezes o contato que se tem com a saúde durante o processo de formação trata-se apenas da política de saúde, não havendo uma discussão sobre o exercício profissional propriamente dito.

A saúde é historicamente o maior campo de trabalho dos assistentes sociais; entretanto, por esses profissionais não atuarem somente nesta política, tem sido sistematicamente questionado sobre sua competência no campo do trabalho coletivo em saúde, ao mesmo tempo em que possuem dificuldades de produzirem uma resposta sistematizada. (MATOS, 2013.p 55).

Assim reconhecer a importância deste tema deriva da demanda dos assistentes sociais que trabalham no setor e reconhecem a importância dos serviços prestados. Estes segundo os órgãos competentes, tem solicitado ao Conselho Federal e Regionais de Serviço Social subsídios para garantir a autonomia do seu exercício profissional na área, e um resultado concreto à essa demanda foi a Elaboração do conjunto CFESS-CRESS dos

“Parâmetros de atuação, de Assistentes Sociais na Política de Saúde” em 2010, qual será base para nosso estudo como um todo.

Logo, é necessário a ampliação dos estudos nessa área que revelem a importância da contribuição do Serviço Social no enfrentamento da questão da violência no campo da saúde. A importância do estudo se mostra maior quando entendermos que programas como o PAV é um dos únicos contatos que o usuário tem com a política de atenção e prevenção a situação de violência, e que apesar da gama de referências bibliográfica sobre o tema, a atuação do Assistente Social ainda caminha em ritmo lento no combate à violência.

A principal dificuldade dos profissionais, apontada pela literatura especializada, são alguns procedimentos específicos, como a notificação dos casos ao sistema legal. Além disso, tem-se notado que nem sempre a família aceita uma interferência na dinâmica familiar, que é fundamental na assistência aos casos de violência doméstica. Assim, deve haver habilidade no manejo dessas situações, colocando o serviço de saúde como aliado na saúde da vítima.

Nesse contexto, os profissionais encontram-se diante do desafio de evitar “as formas traumáticas de intervenção”, além de estar sensibilizados e capacitados para identificar e tratar os pacientes que apresentem sintomas que possam estar relacionados ao abuso e à agressão, possibilitando, dessa forma, um atendimento integral e de qualidade.

Acolhemos e oferecemos uma assistência especializada às vítimas e aos agressores sexuais. Temos buscado capacitar os profissionais de saúde para qualificar este atendimento por que entendemos que ao atender as vítimas e seus agressores, estamos oferecendo uma atenção integral e intervindo em todos os fatores para a interrupção do ciclo da violência”. (Participante de pesquisa).

O serviço acolhe pessoas atendidas no Hospital, centros de saúde, nas redes de apoio como conselhos tutelares, nos Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) e CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), além das delegacias especializadas, Vara da Infância e Juventude, prestando assistência individual, familiar e em grupos às vítimas de violência sexual, psicológica a às vítimas de negligências ocorridas nos ambientes domésticos e públicos com a finalidade de prevenir e tratar os danos à saúde mental decorrentes das experiências de violência” (Participante de pesquisa).

A pesquisa busca contribuir em grande parte para o estreitamento entre teoria e prática, no qual se vê uma grande dificuldade de atuação profissional dentro das atribuições do Programa, bem como encontrar soluções para os desafios do Serviço Social para o enfrentamento das questões aqui levantadas, usando-se de uma metodologia de pesquisa empírica, observativa, explicativa e bibliográfica pré-selecionada e orientada ao melhor entendimento dos conceitos citados neste trabalho com vistas a equacionar mais satisfatoriamente a nossa profissão com o quesito violência e seguridade social.

Diante do exposto, cabe ainda destacar a estrutura deste trabalho em quatro capítulos estruturados para entender o significado da violência e da assistência social trabalhados conjuntamente, através dos seguintes capítulos: tratando o Serviço Social e a Saúde em suas diversas áreas de atuação, assim como também o processo de reforma sanitária e o surgimento do SUS, logo em seguida introduzir o conceito de violência à atuação do assistente social no âmbito da saúde e assim fechar este trabalho falando um pouco mais sobre o programa de pesquisa, assistência e vigilância à violência PAV – Orquídea de Samambaia.

2. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

O Serviço Social tem por objeto ser uma profissão que atua sobre as diferentes expressões da questão social, quais se apresentam metamorfoseadas em falsos problemas\disjunções que raramente são identificados como crias próprias da desigualdade gerada pelo modo de acumulação capitalista.

Por sua vez, Costa (2000) considera que o Serviço Social se legitima na área saúde a partir das contradições fundamentais da política de saúde, ou seja, é nas lacunas geradas pela implantação efetiva do SUS que o profissional em serviço social vem sendo demandado a intervir, logo por meio de sua atuação profissional, o assistente social tem sido o profissional que vem constituindo essa ligação invisível com o SUS. Entretanto, essas atividades não são vistas pelo profissional de serviço social como trabalho, mas sim, tratadas como inúmeras exceções; daí a imprecisão verbalizada reiteradamente pelos assistentes sociais.

Portanto, é na dureza de trabalho dos serviços de saúde, onde “problemas” originados pela contradição da acumulação capitalista são postos como alvo de resposta dos assistentes sociais é previsível que estes não queiram aceitar essa demanda como trabalho. Contudo, ao negarem-na, não apreendem em suas raízes o que essa demanda significa e nem desvelam a função que ocupam no trabalho coletivo. É encarando essa realidade que será possível ao assistente social construir novas estratégias de trabalho.

Logo, para uma análise do Serviço Social e da Saúde na atualidade é necessário recuperar os avanços e lacunas ocorridos na profissão a partir dos anos de 1980. Essa década marca o início da maturidade da tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – intenção de ruptura – e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais dessa vertente se inserem, na sua maioria, nas universidades e têm pouca capilaridade nos serviços (NETTO, 1996; BRAVO, 1996).

Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma

embrionária alteração do trabalho institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (encaminhamento operacionalizado pela Reforma Sanitária) e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (BRAVO, 1996).

Considerando que os anos de 1990 foram o período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, identifica-se que, nesse contexto, os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, quais passam a apresentar diferentes requisições para o Serviço Social (BRAVO, 1998).

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular

Destaca-se, a partir do exposto, que há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980. As demandas democráticas e populares, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade.

O problema não reside no fato dos profissionais de Serviço Social buscarem aprofundamentos na área da saúde, o que é importante. O dilema se faz presente quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos, entre outros) e não mais as identifica como as de um assistente social. Assim, o profissional recupera – por vezes impensadamente – uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde.

Outro ponto é a tentativa de ofuscar-se a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no uso de referências que abordam o campo psicológico ou sobre doenças, mas sim quando este profissional, no cotidiano de seu trabalho profissional, se distancia do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o verdadeiro enfrentamento dessas questões.

Assim, o exercício profissional do assistente social não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário e nem se reduzir a defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas áreas médicas e distintas patologias, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. Pois as novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde, com visão generalista e não fragmentada.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem de,

necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004).

Considera-se conjuntamente que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.

O ponto de partida para isto é o reconhecimento de que os assistentes sociais quando lidam com a política de saúde, mediatizada pela sua operacionalização nos serviços de saúde, não desenvolvem no seu exercício profissional nenhum procedimento interventivo ou mesmo conhecimento que só sirva e se explique para a atuação na área da saúde. Contudo, há no exercício profissional na saúde particularidades que ao longo desta monografia buscaremos desvendar.

Para efetivação do SUS, faz-se necessário uma interface com o Serviço Social. O assistente social domina essa interface, mas não somente. Assim hoje, os profissionais de serviço social, com vistas a responder as demandas que se originam a partir das diferentes expressões da questão social, também vem atuando em diferentes ações no âmbito do SUS, como por exemplo, no planejamento, na gestão, na educação em saúde e no conhecimento da realidade concreta da política de saúde que o trabalho de serviço social tem sido, nos termos de Costa (2000) o “elo invisível” do SUS.

Nesse sentido, na área da saúde, o serviço social surge nos hospitais como a demanda de construir um elo da instituição com a família e com o usuário, visando garantir o seu tratamento após a alta médica. Segundo (Bravo, 1996), A intervenção do assistente social era assim baseada no atendimento com recurso à metodologia do serviço social de casos, que devido a sua referência ao funcionalismo, compreendida que os problemas vividos pelos então chamados “clientes” eram frutos de seu próprio comportamento e que, portanto, mudando os seus hábitos alterar-se-ia a sua situação.

Hoje, os assistentes sociais discutem esse compromisso com os direitos da população usuária, no sentido de cada vez mais fortalecer o Sistema Único de Saúde – SUS e ao mesmo tempo firmar o projeto ético-político da profissão no sentido de uma prática concreta que seja capaz de viabilizar esta perspectiva.

2.1 Atribuições do Assistente Social - Parâmetros

O serviço social é uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato com a questão social, expressão da desigualdade do modo de produção capitalista. Sendo assim a mesma surge em meio ao trânsito do capitalismo comercial para o capitalismo monopolista. Fazia-se de tal modo necessário um profissional capaz de lidar com tais expressões, por tanto, mesmo que o serviço social tenha características próprias construídas pelos pioneiros, não é fruto somente do desejo destes, ao contrário, pois como tantas outras que só existem e permanecem por terem uma função a ser desenvolvida na divisão social e técnica do trabalho, no sentido pró-capitalismo. E como está registrado nos estudos de Iamamoto e Carvalho (1985), o Serviço Social, Como profissão

[...] responde tanto a demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro polo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel basco da história. A partir dessa compreensão é que se pode estabelecer uma estratégia profissional e política, para fortalecer as metas do capital ou do trabalho, mas não se pode excluí-las do contexto da prática profissional, visto que as classes só existem inter-relacionadas. (Iamamoto & Carvalho, 1985. P 75).

O assistente social atua no atendimento aos trabalhadores, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes, equipe multiprofissional. Os desafios são muitos. Apesar dos avanços, a

exemplo da realização da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005, muito tem de se construir na implementação da política e no combate a atuação segmentada dos diferentes órgãos e instituições, como órgãos públicos da saúde, previdência social, trabalho e emprego, poder judiciário, empregadores, pesquisadores, movimentos dos trabalhadores, com destaque para a organização sindical, entre outros. Sendo um campo privilegiado de atuação para o assistente social – que com a direção social adotada pela profissão nas últimas décadas e com a atuação conjunta com outros profissionais e movimentos sociais que compartilhem dos princípios e diretrizes defendidos pelo projeto ético político –, o qual contribuirá para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos neste processo.

Assim, os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. A partir do exposto, se explicitará as principais ações desenvolvidas pelo assistente social nesses quatro eixos. Importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade.

No caso do Serviço Social, há no Brasil, desde seu nascedouro até os anos 1970, uma influência do conservadorismo moral, que vai refletir na desvinculação da profissão com os movimentos de esquerda ou progressistas no Brasil. (MATOS, 2013.p 56).

Devido à evidente envergadura política dos pioneiros da profissão, muitos frutos foram conquistados nos anos 1940 e 1950, tais como: a regulamentação da profissão, a autonomia do exercício profissional, a constituição de entidades representativas, a organização de congressos nacionais da profissão, e conjuntamente a isto o Serviço social vai construindo um discurso e uma prática de metodologias e teorias próprias para cada processo interventivo por exemplo. (caso, grupo e, nos anos 1950, comunidade).

Compreende-se que existiam vários e diferentes modos de intervenção que variariam a depender do tipo de Instituição em que se trabalha. Segundo (Matos, 2013), É

nessa perspectiva que é cunhado o “Serviço Social Médico”. Assim, a inserção do serviço social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Pois o Assistente social foi identificado como aquele que poderia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico, ou seja, uma relação pautada numa perspectiva de complementaridade.

A década de 1950 foi marcada como o tempo do desenvolvimento, a Organização Mundial das Nações Unidas – ONU propôs para o país um programa de internalização de sua ideologia via um processo educativo no meio rural, tal como destaca (Matos, 2013), contraditoriamente foi essa iniciativa da ONU um espaço para experiências educativas na perspectiva libertadora de Paulo Freire. Os assistentes sociais também irão participar dessa perspectiva progressista, mas somente no início dos anos de 1960, pois nos anos de 1950, em geral, estarão os assistentes sociais trabalhando sob a perspectiva da política desenvolvimentista, por meio da adoção do planejamento tecnocrático, e entendendo o trabalho com comunidade como mais um processo específico: O Serviço social de Comunidade.

É nos anos 60 que emerge no Brasil e na América Latina um movimento interno à profissão, mais conhecido como movimento latino-americano de reconceituação do serviço social, qual se desenvolveu de maneira diversificada em cada país, devido a um conjunto de fatores dos quais destacam-se a conjuntura política notadamente derivada dos golpes militares vivenciados nos anos de 1960 e 1970 por cada país e as características dos seus protagonistas profissionais. E é somente a partir dos anos 1970 que o Serviço Social brasileiro passa a encarar polemicas de relevo no seio da profissão. (MATOS, 2013.p 58).

Neste ponto, acredito ser de fundamental relevância assim como o autor afirma remeter ao processo de renovação do Serviço social Brasileiro e especialmente à tendência “intenção de ruptura”, pois este processo foi extremamente rico e de fundamental importância, mas se deu de forma paralela ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira que por outro lado reunia profissionais da saúde e militantes com vistas a alterar o modelo médico-assistencial privatista. Logo, se considera que até os anos 1980 a profissão encontrou-se desarticulada da discussão coletiva progressista na área da saúde. Por tanto,

acredito possível afirmar que a partir dos anos 1990 já exista uma maior incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da reforma sanitária que se constituem em sua maioria, dos princípios do SUS.

O assistente social deve estar voltado para a construção da dinâmica do real como “conceito – pensado”, movimento este que não está circunscrito à sua cabeça, à sua lógica, mas à lógica da realidade, da coisa em si que o provoca e exige dele posições e ações materiais. Para tanto é importante romper o medíocre isolamento profissional e detonar a arrogância acadêmica.

[...] as possibilidades estão dadas na realidade, mas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais. Cabe aos profissionais apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos desenvolve-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho. (Iamamoto 2000. P 21).

2.2 Particularidades do trabalho do assistente social no âmbito da Saúde

Considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e de alta complexidade em saúde, visa superar o registro de ações que são comuns nessas frentes e que tendem a se repetir quando a perspectiva é apontar as atribuições dos profissionais na saúde. Além disso, ao demonstrar que as diversas ações estão interligadas e são complementares, aponta-se para uma equivalência no grau de importância entre as ações assistenciais, as de mobilização popular e as de pesquisa e planejamento do trabalho profissional, por exemplo.

O entendimento de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. Está inserida no capítulo “Da Ordem Social” e é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sociopolíticas que se processaram.

Nessa direção, destaca-se como significativo na concepção de Seguridade Social: a universalização; a concepção de direito social e dever do Estado; o estatuto de política pública à assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências.

Parte-se da concepção de que as Políticas de Seguridade Social são concebidas na ordem capitalista como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultantes das lutas e conquistas das classes trabalhadoras, assumem caráter contraditório, podendo incorporar as demandas do trabalho e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital.

Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo. A perspectiva de seguridade social pautada no projeto ético-político da categoria é concebida como “parte de uma agenda estratégica da luta democrática e popular no Brasil, visando à construção de uma sociedade justa e igualitária” (CFESS, 2000). Não é vista como um fim, mas como transição a um padrão de civilidade, que começa pela garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele.

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, foi regulamentado, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde.

Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com

controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001).

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado.

Na defesa do processo de privatização, ressalta-se a mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do assistencialismo. As principais diretrizes são: a Reforma da Previdência inserida no bojo da Reforma do Estado, que vem sendo implantada paulatinamente e possui características de uma contrarrevolução (GUERRA, 1998) ou contrarreforma; a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais.

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF)¹⁷; além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas.

Entende-se que todas essas medidas visam ao estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, havendo um outro sistema para os consumidores.

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) completou vinte anos de existência e, não obstante ter conseguido algumas inovações, o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito; o sistema de imunização e de vigilância epidemiológica e sanitária; os progressos na alta complexidade, como os transplantes, entre outros.

A expectativa que se colocava para o governo Lula era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno ocorrido no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortalecidos. A defesa da primazia do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população ganha cada vez mais eco e com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida. A grande questão é a segmentação do sistema, com ênfase nas ações privadas que passam de complementares para essenciais. O projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970, está perdendo a disputa para o projeto voltado para o mercado ou privatista, hegemônico a partir da década de 1990.

A universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – é um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto privatista da saúde. Os valores solidários, coletivos e universais que pautaram a formulação da Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988 estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos, focalistas, que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado, que tem por suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema.

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

Pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;

- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;

- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;

- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;

- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Enfim, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusiva apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional.

O perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas

conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.

A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras.

No que se refere aos direitos dos assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura:

- garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b) livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais;
- d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;

f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;

g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;

h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;

i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece:

a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;

b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;

c) abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.

As competências e atribuições dos assistentes sociais, nessa direção e com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, a saber:

- apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;

- análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;

- compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;

- identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

São essas competências que permitem ao profissional realizar a análise crítica da realidade, para, a partir daí, estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano.

A Lei de Regulamentação da Profissão estabelece, no seu artigo 4º, como competências do assistente social:

- elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

- elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

- encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

- planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;

- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

- prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;

- prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

- planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social;

- realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

No artigo 5º, apresenta como atribuições privativas do Assistente Social:

- coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

- planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

- assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social;

- realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

- assumir, no magistério de Serviço Social, tanto em nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

- treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

- dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

- dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;

- elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

- coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;

- fiscalizar o exercício profissional por meio dos Conselhos Federal e Regionais;

- dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

- ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional. O Código de Ética Profissional (1993) também apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional no cotidiano, ao colocar como princípios:

- reconhecimento da liberdade como valor ético central:

- defesa intransigente dos direitos humanos;

- ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;

- defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida;

- posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;

- empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;

- garantia do pluralismo, por meio do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;

- opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero;
- articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
- compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- exercício do Serviço Social sem discriminação.

Nessa conjuntura, as entidades do Serviço Social tem por desafio articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais em defesa do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970. Tem-se por pressuposto que transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

3. UMA ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Reforma Sanitária surge como ideia, vinculada de um lado à crítica feita aos limites do movimento ideológico da medicina preventiva e de outro, à busca de alternativas para a crise de saúde durante o autoritarismo. Sugeria-se assim, uma prática teórica, produtora de conhecimentos, e uma prática política, voltada à mudança das relações sociais para o enfrentamento da crise a saúde. Mais tarde organiza-se uma proposta, ou seja, um conjunto articulado de princípios e proposições políticas e é dessa forma que em 1979 surge a proposta de criação do SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) qual conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, logo, este parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde.

Assim, a Reforma Sanitária Brasileira contemplava as várias dimensões da Saúde (Saúde enquanto área do saber; enquanto setor produtivo; enquanto um estado da vida), além de articular uma “totalidade de mudanças” implicando uma ampla reforma social, a reforma sanitária e o SUS vem como respostas estruturadas pela sociedade no enfrentamento da questão relativa à saúde no Brasil, articulando lutas sociais, com a produção de conhecimentos.

Paim (2009), afirma que é possível afirmar que os brasileiros responderam a esse desafio com muita ousadia, articulando lutas sociais com a produção de conhecimentos. Enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. De um lado, engendraram a ideia, a proposta, o movimento e o projeto da Reforma Sanitária Brasileira e, de outro, construíam um novo campo científico e um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva.

O SUS pode ser considerado uma política de saúde de natureza macro-social“ derivada do projeto da Reforma Sanitária brasileira, articulando um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, regulação, humanização, promoção da saúde, entre outras) e desenvolvendo distintas práticas de saúde. (Paim, 2009 p 29)

O SUS, afirma o autor, como um dos filhos mais diletos da Reforma Sanitária Brasileira (mesmo não sendo o único) teve a sua história reconhecida a partir da sua formalização pela constituição cidadã. Mas, na verdade, a história real do SUS antecede 1988 e foi construída pelos movimentos sociais de mulheres e homens que teceram a Reforma Sanitária Brasileira.

3.1 Princípios e Diretrizes do SUS

A implantação do SUS tem início na década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica a Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n.8.142, de dezembro de 1990). Assim reformulam-se os papéis dos entes governamentais na prestação de serviços e na gestão do sistema de saúde, adotam-se novos critérios de transferência de recursos financeiros destinados a saúde, criam-se e ampliam-se as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão. Envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais da saúde e usuários.

Desde a derrocada do regime militar, o Brasil vive uma extraordinária experiência de reformas e redefinição do seu sistema público e de saúde. O marco desse novo tempo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, em torno dos sistemas de saúde como direito de cidadania, de reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, que alimentaram um intenso debate até a aprovação da Constituição de 1988.

Assim, durante o processo constituinte, a grande pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos de esquerda logrou uma coalizão parlamentar suficientemente forte para introduzir no “Título VIII – Da Ordem Social” um capítulo (II) específico sobre a seguridade social, qual no Brasil foi instituída como abrangendo a previdência, a saúde e a

assistência social. O conteúdo ideológico deste capítulo demonstra a preocupação com o bem estar, a igualdade e a justiça na sociedade, concretizados com o exercício dos direitos sociais. (Grifos meus. Giovanela, 2008).

Cabe destacar a concepção ampla da saúde na constituição de 1988, garantida mediante “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Assim, para dar materialidade, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde SUS, definido na lei n. 8.080 de 1990, como: “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta ou indireta e das funções mantidas pelo poder público”.

Quadro 1 - Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS

Princípios e Diretrizes do SUS	Direito dos cidadãos	Deveres do Estado
Universalidade no acesso e igualdade na assistência.	<ul style="list-style-type: none"> • Igualdade de todos às ações e aos serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de ações e serviços necessários a toda a população, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, independente da natureza das ações envolvidas, da complexidade e do custo do atendimento.
Integralidade na assistência	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de condições de atendimento adequadas ao indivíduo e à coletividade, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista a

	coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado à saúde.	<p>integração das ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articulação da política de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação Inter setorial entre as diferentes áreas cujas ações tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.
Participação da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas de saúde nos diferentes níveis de governo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de espaços que permitam a participação da sociedade no processo de formulação e implantação da política de saúde. • Transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.
Descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu município e próximos à sua residência ou ao seu 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de um conjunto de ações e serviços que supra, as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos

	<p>trabalho, condizentes com as necessidades de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde. 	<p>problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articulação e integração de um conjunto de ações e serviços, de distintas naturezas, complexidades e custos, situados em diferentes territórios político – administrativos.
--	---	---

Fonte: adaptação de Giovanella 2008.

A articulação do SUS que transcenda o espaço político - administrativo de um município ou estado é uma questão bastante complexa e esbarra em uma série de dificuldades políticas e operacionais.

Todos que acompanharam a concepção. Nascimento e implantação do SUS, buscando formas de contornar adversidades e obstáculos nos últimos vinte anos tendem a enumerar diversas conquistas. Mas diante da generosidade do projeto de reforma sanitária Brasileira não é possível conter a indignação frente à persistência de certos problemas na realidade atual.

Questões referentes ao sistema de serviços de saúde, como funcionamento, organização, infraestrutura e gestão já poderiam ter sido questionados, considerando-se possibilidades reais de uma país como o Brasil oferecer uma atenção mais digna aos seus cidadãos. Os esforços e energias poderiam ser dirigidos presentemente ao desenvolvimento de modelos de atenção integral, efetivos e de qualidade.

No entanto ainda nos deparamos com obstáculos há quase duas décadas, tais como: clientelismo político, fisiologismo, debilidade da base de sustentação política; formas obsoletas de gestão; falta de compromisso com os serviços públicos e a deficiência com o

suprimento de insumos trazem consigo a insatisfação geral da população que depende do serviço público de saúde.

Dada a abrangência das ações e dos serviços previstos no SUS, as determinações legais relativas ao âmbito de atuação do Estado na saúde são também bastante amplas. Além da organização da rede de assistência à saúde, compete ao poder público: a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, dentre outras várias.

3.2 Avanços, dificuldades e desafios para o SUS

Implementar o SUS em sua concepção original significa romper com o modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro se estruturou ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político – econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias.

No Brasil, os obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – Inter-regionais, interestaduais, intermunicipais -, nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico – assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído.

Um dos principais desafios para a consolidação do SUS, portanto, é superar as profundas desigualdades em saúde, compatibilizando a afirmação da saúde como direito de cidadania nacional com o respeito à diversidade regional e local.

Quadro 2 – Avanços e dificuldades na ampliação do SUS.

Eixos Estratégicos	Aspectos - chave	Avanços	Dificuldades
Financiamento	<ul style="list-style-type: none">• Fontes estáveis para o setor oriundas dos três níveis de governo• Condições de financiamento e de gastos adequada para o setor nos três níveis de governo• Suplementação e redistribuição de	<ul style="list-style-type: none">• Aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde.• Aumento progressivo das transferências automáticas (fundo a fundo) de recursos federais para estados e	<ul style="list-style-type: none">• Não implantação do orçamento da Seguridade Social• Instabilidade de fontes durante a maior parte da década de 1990 (EC 29 só foi aprovada em 2000)• Dificuldade na regulamentação e no cumprimento da vinculação constitucional

	<p>recursos fiscais para estados e municípios mediante adoção de mecanismos e critérios equitativos para transferência de recursos federais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de política regional de investimento para o SUS 	municípios	<p>da saúde (EC 29)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente volume de recursos para o setor • Pouca participação dos recursos estaduais no financiamento • Baixa participação dos investimentos no gasto público em saúde • Excesso de condicionalidades para aplicação de recursos federais transferidos • Distribuição de recursos federais, que ainda segue muito o padrão de oferta, com limitações na adoção de critérios de promoção de equidade. • Pouca adoção de mecanismos de transferência interestadual e intermunicipal de recursos para o SUS.
Relações público – privadas	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidação do sistema público de saúde, único e universal, em um logica de 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da oferta pública de serviços de saúde, principalmente municipal 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento do setor privado supletivo subsidiado por renúncia fiscal, com segmentação

	<p>segurança social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caráter complementar do setor privado no sistema • Fortalecimento da gestão pública e da regulação do setor privado 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da capacidade gestora em diversos estados e em milhares de municípios 	<p>de clientela</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regulação ainda incipiente sobre os prestadores privados do SUS e setor privado supletivo • Multiplicação de novas formas de articulação público-privado na saúde (terceirização, fundações, cooperativas, etc).
Descentralização e relações entre gestores	<ul style="list-style-type: none"> • Definição do papel das três defesas esferas de governo no SUS respeitando-se as especificidades regionais • Transferência de responsabilidades, atribuições de recursos do nível federal para estados e municípios • Mecanismos de negociação e relacionamento entre gestores para definição e implementação da 	<ul style="list-style-type: none"> • Transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios • Estabelecimento de comissões Inter gestores (tripartite e bipartites) como instancias efetivas de negociação e decisão 	<ul style="list-style-type: none"> • Imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual com riscos de fragmentação do sistema • Conflitos acentuados e competitividade nas relações entre gestores nos diversos níveis (federais-estadual-municipal, estadual-estadual, estadual-municipal e municipal-municipal).

Gestão e organização do sistema	<p>política</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento da capacidade de gestão pública o sistema • Expansão e desconcentração da oferta de serviços • Adequação da oferta às necessidades da população • Organização e integração da rede de serviços em uma lógica hierarquizada e regionalizada 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da capacidade gestora e experiência inovadora de gestão e organização da rede de serviços de saúde em diversos estados e municípios • Expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios • Persistência de distorções relacionadas ao modelo anterior: superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras, pouca integração entre serviços.
Atenção aos usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Universalidade efetiva do acesso de os cidadãos brasileiros a todas as ações necessárias de saúde • Mudança do modelo de atenção • Melhoria da qualidade de atenção, satisfação dos cidadãos e efetividade das ações, com impacto positivo na saúde da população 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS • Experiências inovadoras e diversos estados e municípios no sentido da mudança do modelo de gestão (adstrição do modelo de clientela, vínculo, integralidade das ações) 	<ul style="list-style-type: none"> • Persistência de desigualdades no acesso • Persistência de distorções no modelo de atenção (medicalização, uso inadequado de tecnologias) • Problemas no âmbito da qualidade e resolutividade da atenção em diversos serviços do SUS em todo o país.

		<ul style="list-style-type: none"> • Mudança nas práticas de atenção em várias áreas (ex: saúde mental) • Expansão de estratégias de agentes comunitários de saúde e saúde da família em todo o país • Melhoria nos indicadores de saúde em diversos pontos do país 	
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Formação e capacitação adequada de recursos humanos para o SUS, tanto para a gestão como para as atividades de atenção • Constituição de quadros técnicos gestores nos estados e municípios • Distribuição equitativa de profissionais de saúde em todo o país 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da capacidade técnica de gestão do sistema de saúde em várias unidades federativas e municípios 	<ul style="list-style-type: none"> • Distorções na formação dos profissionais da saúde • Heterogeneidade entre os diversos estados e municípios na constituição de equipes técnicas nas secretarias de saúde • Dificuldade na contratação de profissionais da saúde, agravadas pela conjuntura de reforma do Estado, com pressões para reduções de gasto com

Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> • Participação da sociedade nas decisões sobre a política de saúde • Implementação nas três esferas de governo de conselhos de saúde deliberativos, envolvendo diversos segmentos sociais, com 50% de usuários • Controle da sociedade sobre os gestores e prestadores do SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição de conselhos de saúde no âmbito nacional, em todas as unidades da federação e na maioria dos municípios brasileiros, com participação dos usuários 	<p>pessoal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribuição desigual de profissionais de saúde no território nacional • Aumento da precarização das relações de trabalho na saúde • Funcionamento efetivo dos conselhos bastante variável entre as diversas UF's e municípios • Predomínio do caráter consultivo dos conselhos sobre o caráter deliberativo sobre a política em várias situações.
Desenvolvimento científico e tecnológico e produção de insumos para a saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento científico e tecnológico nacional incompatível com as necessidades do SUS • Fortalecimento da capacidade do 	<ul style="list-style-type: none"> • Preservação da capacidade nacional de produção de algumas áreas (medicamentos, vacinas) inclusive no setor público (FIOCRUZ, Instituto 	<ul style="list-style-type: none"> • Defasagem tecnológica em vários segmentos relevantes para a saúde e uso inadequado de tecnologia em outros • Estagnação da indústria nacional nos

	<p>inovação e produção nacional de insumos relevantes para a saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento da capacidade de regulação da incorporação tecnológica no SUS mediante a adoção de critérios científicos 	Butantan)	<p>anos 90, atingindo vários segmentos da saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta dependência de importações (déficit comercial relativo a insumos da saúde) • Custos elevados de insumos, em razão das características das empresas transnacionais e da aprovação da lei Brasileira de Propriedade Intelectual em (1996).
Provisão e regulação de insumos para o setor	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição e provisão adequada de insumos necessários para a saúde em todo o território nacional • Regulação de mercado relativo aos insumos em saúde, de forma coerente com as necessidades de saúde da população e dos princípios do SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da disponibilidade de equipamentos e insumos em áreas do país anteriormente desassistidas • Garantia de medicamento necessários no âmbito de programas específicos (com destaque para o HIV Aids) • Política de medicamentos genéricos (a partir de 	<ul style="list-style-type: none"> • Persistência do quadro de insuficiência e desigualdade de distribuição de insumos pelo país • Grande peso do setor privado na oferta de procedimentos de apoio diagnóstico • Dificuldade de acesso a diversos tipos de equipamento e medicamentos • Limitações da assistência farmacêutica pública

		1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Limita regulação estatal sobre os mercados de insumos em saúde.
--	--	-------	---

Fonte: adaptação de Levcovitz, Lima & Machado, 2002.

A complexidade do quadro faz com que sejam possíveis diversos enfoques de análise sobre a política de saúde no Brasil. Assim a produção de diferentes autores sobre o SUS no período recente é extremamente variada no que diz respeito ao marco teórico – conceitual adotado e aos elementos enfatizados, havendo pouco consenso sobre os desafios ainda existentes.

Enfim, a consolidação do Sistema Único de Saúde , no contexto atual, envolve uma série de complexos desafios, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo. Pois a luta pela garantia da saúde com direito de cidadania é hoje a luta por um novo modelo de desenvolvimento para o país e por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo. Tal inflexão requer políticas estatais abrangentes e responsáveis e uma sólida base de apoio ao sistema público, tendo por base o fortalecimento do laço de solidariedade no Brasil.

4. VIOLÊNCIA

Como salienta Octávio Ianni (2004), A violência não deve ser enquadrada em um conceito, trata-se de um acontecimento excepcional que revela dimensões desconhecidas da vida social (com manifestações individuais e coletivas, históricas e psicológicas, subjetivas e objetivas), produzindo impactos econômicos, políticos e socioculturais. A violência de forma geral revela um desejo de destruição do outro, daquele que é “diferente” e “estranho”, que foge dos padrões socialmente estabelecidos. Procura, com isto, exorcizar questões de difícil solução e sublimar situações e cenários absurdos embutidos na sociedade e no jogo de forças sociais (2004 p. 168).

No entanto, a violência não é um fenômeno circunscrito à dinâmica individual, submetida unicamente a vontades pessoais. Trata-se de uma ação que conta com indivíduos, seres-sociais – sujeitos\objetos – inseridos em processos sociais reconstruídos sob dadas condições históricas que potencializam a ação violenta e oferecem o terreno por onde se formam individualidades. Neste contexto, os homens utilizam-se diversos instrumentos a seu dispor com o objetivo de ferir, avariar ou destruir a natureza do oponente. Neste sentido, a força é despendida com certo vigor, (intensidade) e com objetivos determinados atrelados – direta ou indiretamente – ao jogo de forças inscritas na dinâmica social contraditória, realizando finalidades diversas que jamais podem ser consideradas unicamente pessoais. Assim sendo a violência é um complexo social potencializado por indivíduos sociais, ainda que apareça, inicialmente, como um fenômeno individual. (Silva, 2006 p 36).

No Brasil e no mundo as violências representam um grave problema de saúde pública com alto impacto sobre a morbimortalidade da população. Isto repercute em altos custos sociais e econômicos, além de grandes impactos a qualidade de vida das pessoas, pois atingem mais pessoas do que as diretamente envolvidas e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo (Brasil, 2010).

Logo, uma das grandes questões a serem respondidas no mundo atual é: porque a violência tornou-se um problema de saúde pública? Cecília Minayo afirma que “Por ser um fenômeno sócio histórico, a violência não é em si uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico. Mas ela afeta fortemente a saúde pois: provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem fim de agravos mentais, emocionais e espirituais; diminuindo

assim a qualidade de vida das coletividades; exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas para atendimento médico preventivo ou curativo; e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, inter setorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos” (Minayo 2006 p 45).

O conceito adotado pela OMS considera violência como sendo “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” Cabe levar em conta que este é o mesmo conceito adotado no Brasil pela Ministério da Saúde – MS.

Para tanto, em 2001 reconhecendo a importância do tema, o Ministério da saúde, reuniu especialistas de diferentes segmentos e foi construindo um documento, qual institui as diretrizes e atividades para o setor saúde mediante estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais para a construção de políticas setoriais, este sendo pactuado como Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidente e Violência, legislado através da portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Assumindo violência como “evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio e a outros”.

Com o objetivo de implementar tal política, foi assinada a Portaria nº 936 de 18 de maio de 2004, que define a estrutura da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência e Estado e municípios voltada para a articulação das ações das três esferas de gestão, instituições acadêmicas e organizações não governamentais para o trabalho da prevenção da violência.

São inúmeras as análises cotidianas formuladas sobre violência. Essas orientações não se cansam de qualificar e especular sobre os “tipos de violência” suas características e

suas causas frequentes vistas como pontuais e circunscritas ao núcleo familiar, ao espaço doméstico e ao tráfico de drogas por exemplo.

São ressaltadas então situações que vão do indivíduo (incluindo aqui – e forma generalizada – os denominados “desvios psicológicos” e “de comportamento”) até a complexa e “maldita” violência urbana (entendida sob este aspecto como assaltos, sequestros, furtos, crises e levantes nas cadeias e penitenciárias entre outros). Nesse contexto, se reaquecem velhas formulas baseadas no eixo repressão – higienização (normalmente travestido de discursos “democráticos” que agem em defesa do cidadão produtivo, trabalhador e consumidor, bem como se materializam alternativas sustentada na ampliação e no enriquecimento de estratégias de atuação na realidade que continuam, por outros caminhos mais discretos, a penalizar, criminalizar e controlar os pobres. (Silva, 2006. P 34).

O problema não está em reconhecer a existência de diversas formas de objetivação e particularização da violência, mas na incapacidade de lidar com esta categoria na sua totalidade, ou seja, como fenômeno universal que se particulariza sob dadas condições e se expressa inteiramente nas singularidades.

4.1 Tipos de Violência

A palavra “violência” tem uma conotação negativa porque é associada a um ato moralmente reprovável, de tal forma que quem comete intencionalmente esse tipo de ato é obrigado a justificá-lo. Essa noção de violência expressa uma posição normativa que não implica necessariamente que todo ato violento seja moralmente reprovável. É o caso da violência por legítima defesa. Para caracterizar um ato como “violento”, devem ser preenchidas ao menos as seguintes condições: causar dano, usar a força (física ou psíquica), ser intencional ou ir contra a livre e espontânea vontade de quem é objeto do dano. A Organização Mundial da Saúde reconhece a violência como um grave problema de saúde pública, além de constituir uma violação dos direitos humanos.

Violência contra Criança e Adolescente: É qualquer conduta – ação ou omissão, agressão ou coerção – ocasionada pelo fato de a vítima ser criança ou adolescente, e que cause dano, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico ou social.

Violência contra a Mulher: É qualquer conduta – ação ou omissão – de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo fato de a vítima ser mulher, e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial. Pode acontecer tanto em espaços públicos como privados.

Violência contra o Idoso: É um ato único ou repetido ou, ainda, a omissão que cause dano ou aflição ao idoso, tal como: discriminação; agressão ou coerção; morte; constrangimento; limitação; sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social ou perda patrimonial.

Violência de Gênero: Violência sofrida pelo fato de ser mulher, sem distinção de raça, classe social, religião, idade ou qualquer outra condição; produto de um sistema social que subordina o sexo feminino.

Violência Intrafamiliar: Praticada por membros da família (pai, mãe, filha, filho, marido, sogra, padasto ou outros), por afinidade (por exemplo, o primo ou tio do marido) ou afetividade (amigo ou amiga que more na mesma casa ou fora). Geralmente, expressa-se como abuso físico, sexual, psicológico ou como negligência ou abandono.

Violência Física: Qualquer ação que machuque ou agrida intencionalmente uma pessoa, por meio da força física, arma ou objeto, provocando ou não danos e lesões internas ou externas no corpo.

Violência Institucional: Essa violência permeia todas as instituições públicas e privadas; apresenta-se na relação de servidores com o paciente/usuário, podendo se dar de diversas formas: ineficácia e negligência no atendimento, discriminação (de gênero, étnico-

racial, econômica etc.), intolerância e falta de escuta, desqualificação do saber do paciente, uso de poder, massificação do atendimento e outros.

Violência Moral: Ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher ou do homem.

Violência Patrimonial: Ato de violência que implique dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens, valores e similares.

Violência Psicológica: Ação ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa, por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal.

Violência Sexual: É toda relação sexual em que a pessoa é obrigada a se submeter, contra a sua vontade, por meio de força física, coerção, sedução, ameaça ou influência psicológica. Essa violência é considerada crime, mesmo quando praticada por um familiar, seja ele pai, marido, namorado ou companheiro. Considera-se também, como violência sexual o fato de o agressor obrigar a vítima a realizar alguns desses atos com terceiros. Consta, ainda, no Código Penal Brasileiro que a violência sexual pode ser caracterizada de forma física, psicológica ou com ameaça, compreendendo o estupro, a tentativa de estupro.

Síndrome de Munchausen por Procura Situação em que os pais submetem as crianças a consultas médicas, exames clínicos e/ou cirúrgicos, alegando sintomas físicos, patológicos, fictícios, mediante administração de substâncias à criança. Consequência do desequilíbrio emocional dos pais/responsáveis.

Negligência: É o abandono, a falta de cuidados básicos e a falta de atenção e proteção. É negligência: deixar vacinas em atraso, não levar ao médico, não fazer os tratamentos necessários, perder documentos importantes da criança (ex: certidão de nascimento, cartão da criança), a criança não estar matriculada ou não ir à escola, aparência descuidada e suja, falta de supervisão dos responsáveis - crianças pequenas sozinhas em

casa ou constantemente fora de casa, em festas populares, em casa de vizinhos, nas ruas, em abandono; acidentes domésticos previsíveis: quedas da cama, berço, janelas, escadas, banheiras; asfixias por objetos pequenos, brinquedos, travesseiros, fios de telefone, saco plástico, pedaços grandes de alimentos, cordão de chupeta e outros; intoxicações por medicamentos, material de limpeza, veneno de rato, cosméticos, bebida alcoólica, dentre outros; queimaduras no forno quente, tomada, ferro de passar, velas, fósforos, panelas, líquidos quentes, álcool e exposição excessiva ao sol; atropelamentos e afogamentos em piscinas, lagos, praias, banheiras, baldes e vasos sanitários). É negligência contra o idoso: negar cuidado e supervisão adequados (especialmente em casos de pessoas com incapacidades físicas ou mentais), deixar o idoso passar fome, não dar as medicações que necessita, não levar às consultas marcadas, não prover outros cuidados físicos, isolá-lo dos outros, vesti-lo inadequadamente face ao tempo ou às condições ambientais, deixar o idoso sozinho, entre outros. Autonegligência: comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. A definição de autonegligência envolve situações nas quais uma pessoa idosa mentalmente capaz (que compreende as consequências das suas ações) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em atos que ameaçam a sua saúde ou segurança.

Assédio Moral: É a exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções, sendo mais comuns em relações hierárquicas autoritárias e assimétricas em que predominam condutas negativas e interações desumanas de longa duração. Caracteriza-se pela degradação deliberada das condições de trabalho que desestabiliza a relação da vítima com o ambiente e a organização, forçando-a a desistir do emprego.

Auto-extermínio/Suicídio: Ação pela qual alguém põe intencionalmente termo à própria vida. É um ato exclusivamente humano e está presente em todas as culturas. As causas do suicídio são numerosas e complexas.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID (OMS, 1985; OMS, 1995), os acidentes e as violências são classificados como causas externas, que englobam

agressões (físicas, psicológicas e sexuais); lesões autoprovocadas; acidentes de trânsito, de trabalho; quedas; envenenamentos; afogamentos; entre outros acidentes. Apesar de o CID inserir os acidentes e violências no mesmo grupo, é de suma importância esclarecer que o conceito de violência é aquele que causa danos à vida de forma geral, e o conceito formal de acidente é um evento não intencional, que também causa dano físico e emocional. No entanto, os acidentes podem ser evitados com medidas de precaução, retirando, em alguns casos, seu caráter não intencional. Mas, para chegar a essa conclusão, demanda-se interpretação.

Investigar a dinâmica da violência que se objetiva na sociedade contemporânea, sua produção e reprodução não é apenas um desafio, mas uma necessidade para descortinar as ligações que envolvem as relações sociais neste início de século. Pois estamos diante de um tema concretamente fincado na realidade, e que impacta e se imbrica com o trabalho profissional do assistente social e dele exige respostas, quais podem ou não defender o circuito social violento.

Isto por si só, desafia uma profissão marcada pelo insuprimível carisma interventivo, e ao mesmo tempo, pela absoluta necessidade de um aporte teórico denso e consistente que auxilie a apropriação da realidade como “concreto pesado”. (Marx apud Fernandes, 1989, p 409).

Segundo (Silva, 2006) O trabalho profissional somente pode existir (no sentido marxiano da palavra) quando este se configura como práxis profissional (entendida como relação crítica entre teoria e prática edificada a partir dos desafios concretos impostos à profissão). Neste sentido, é viável afirmar – com todos os limites – que o assistente social pode exercer algum tipo de criação (com base em certo poder teleológico – Marx, 1983) vinculado as suas condições objetivas como trabalhador assalariado.

Trata-se de um tema absolutamente atual que se reproduz e sofre metamorfoses, logo, é preciso resistir a banalização da violência frequentemente tomada como mera ação isolada e pontual - (maquinada por mentes insanas e generalizada como “a violência

urbana”) – analisando sua complexidade como fenômeno matéria que compõem as relações sociais de produção e reprodução do ser social na ordem burguesa brasileira.

4.2 Violência e Serviço Social

O indivíduo, como sujeito e objeto de processos sociais violentos é ao mesmo tempo, a pessoa (evidentemente com sua subjetividade que expressa carências e necessidades humanas) e o genérico (o ser que contém as determinações universais) essas dimensões são inseparáveis e recolocam múltiplas possibilidades de intervenção. Sob tais condições os homens tomam decisões, formulam e implementam ações tendo por base um legado histórico e as condições históricas objetivamente dadas.

Tais discussões remetem a uma questão importante para o serviço social: como reconstruir violência como um complexo social que não é exterior à profissão e às ações implementadas pelos assistentes sociais: a relação violência - profissão se expressa não apenas nas ações cotidianas dos profissionais diante das demandas imediatamente apresentadas pelos usuários (a criança violentada, a mulher espancada, a família desempregada, entre outros), as também nos encaminhamentos que eles próprios, na intervenção profissional estão construindo ou simplesmente endossando por meio de programas e projetos sociais submetidos à lógica reprodutiva do capital. Essas ações são evidentemente, determinadas por orientações que de antemão limitam e formatam o alcance de seus programas e projetos. (Silva, 2006 p 43).

Em outras palavras quais as respostas cotidianamente construídas e implementadas pelos profissionais de serviço social – marcadas por momentos simultâneos de resistências e de conformismo diante do instituto -, considerando as manifestações de violência na sua forma estrutural na gestão (elaboração, execução e avaliação de programas e projetos sociais) É possível qualificar a atuação desses profissionais na direção da emancipação humana, sem perder de vista os limites da emancipação política do cidadão burguês e o espaço sócio-cupacional do assistente social (com suas inerentes contradições).

Os assistentes sociais na contemporaneidade atuam de forma privilegiada no gerenciamento de programas e de projetos sociais dos mais variados tipos e níveis. É

absolutamente necessário polemizar nesta direção e em outras ainda desconhecidas, desconsideradas ou abandonadas no tempo pela própria profissão.

Partindo de tais entendimentos, O serviço social deverá realizar entrevista para classificação dos dados de rotina, a fim de possibilitar o conhecimento da complexidade em que a vítima se encontra e promover o apoio psicossocial. Nesse momento é elaborado o perfil socioeconômico da vítima e documentação específica sobre o atendimento. A intervenção social não ocorre apenas com a vítima, sendo extensiva aos familiares e/ou colaterais, quando necessária.

Logo, a entrevista é o instrumento utilizado para a intervenção social visando:

- Conhecer a história do paciente, como data e local da violência;
- Identificar o apoio familiar/ou rede de relacionamento do paciente, frente ao ocorrido;
- Identificar a demanda social trazida pelo paciente, decorrente ou não da situação de violência tais como: direitos trabalhistas, desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos da usuária com observação do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Declaração dos Direitos Humanos e de Cidadania e outros;
- Encaminhar para o atendimento psicológico individual;
- Informar sobre os recursos das comunidades, tais como: Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializada em Assistência Social – CREAS, Conselho tutelar, Conselho dos Direitos da Mulher, Fóruns, IML, DEAM, e Delegacias da Polícia;
- Esclarecer ao usuário quanto aos recursos da instituição: passes urbanos, transporte e medicação, quando necessário;
- Ao detectar a situação de violência, preencher a ficha única de Notificação;

- Reforçar a importância do atendimento médico e psicológico, enfatizando o acompanhamento integral;
- Realizar visita domiciliar para compreender a dinâmica familiar em que a vítima está inserida;
- Utilizar técnicas como genograma, eco mapa e outras que permitam intervir no contexto da vítima e compreender a dinâmica familiar;
- Encaminhar relatório social e a notificação realizada pelo profissional de saúde ao conselho tutelar e vara da infância e juventude (caso seja menor de idade);
- Auxiliar no processo de reorganização da vida após a violência vivenciada;
- Mapear potenciais de riscos e avaliar junto com a família ou a vítima formas de proteção;
- Discutir os projetos de vida da família/vítima, buscas encontrar alternativas à situação atual;
- Monitorar em conjunto com a equipe, os desdobramentos acordados com o sistema de proteção intra e extra familiares;
- Participar de reuniões para estudos de caso;

Utilizando-se do Objeto de Notificação/ Investigação; O serviço Social e áreas correlatas à violência em si trazem consigo a obrigatoriedade de registro da violência, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação Ficha de Notificação/Investigação Individual – SINAN. Qual considera a violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de

resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

“Ficha de notificação/Investigação de Violência Domestica, Sexual e/ou outras Violências”

- Doméstica: contra mulheres e homens em todos os ciclos da vida.
- Tráfico de Pessoas: contra mulheres e homens em todos os ciclos da vida.
- Autoprovocadas: contra mulheres e homens em todos os ciclos da vida, exceto crianças (menores de 9 anos).
- Outras violências interpessoais e violência urbana: contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas (situação de notificação compulsória). Pois, cabe lembrar que não é objeto de notificação nessa ficha: violência urbana contra homens adultos entre (20 e 59 anos de idade).

É possível então perceber que independentemente do tipo de unidade de saúde em que trabalham, seja um centro de saúde ou um hospital de alta complexidade, os assistentes sociais, no fundo, estabelecem a mesma rotina: contato com usuário para levantamento das necessidades após o atendimento médico, para providenciar encaminhamentos e orientações necessárias à implementação da consulta.

A priori podemos observar que há uma rígida estrutura da materialização do exercício profissional nos serviços de saúde, uma alta prevalência de atendimentos individuais e que estes, em geral, se constituem em uma ação única, já que é imprevisível saber se o assistente social terá outro contato com o usuário.

O exercício profissional do assistente social mostra um descompasso com relação ao trabalho realizado e com o enorme avanço que significam o projeto ético político-profissional e o projeto da reforma sanitária. Assim, pode-se acreditar que os motivos para esse descompasso podem se originar de dois fatores que interagem entre si, quais são;

- Dificuldade de se efetivar, por parte dos governos de diferentes esferas a política universal e de direitos que o SUS preconiza.
- Nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais, sobre qual a particularidade de seu exercício profissional no âmbito do SUS.

Muitos profissionais atuam no âmbito das políticas sociais, sobretudo naqueles setores diretamente relacionados com a assistência social e a saúde. O processo de redemocratização política brasileira dos anos 80 sintonizou a profissão com algumas importantes reformas jurídicas e sociais subsidiadas pela Constituição Federal de 1988.

Assim, o Serviço Social ocupou desde sua origem uma posição de “gerente” das tensões – imediatamente manifestadas nos indivíduos sociais - advindas da contradição estrutural entre capital e trabalho. A questão social e suas particulares expressões de forte teor violento sempre desafiaram o cotidiano profissional dos assistentes sociais, que reforçaram essa dinâmica como também, pelo menos intencionalmente, não a questionaram. Não é possível, por tanto negar o caráter funcional das políticas sociais (situadas no âmbito da emancipação política)e dos diversos tipos de intervenção profissional que a partir delas, foram se configurando.

Ao mesmo tempo, a profissão passou por importantes revisões que permitiram não apenas a sua modernização conservadora, mas a sua aproximação com um legado teórico – crítico inspirado, sobretudo, na tradição de Marx (com todos os seus limites, desafios e problemas – Netto 1991).

A Lei orgânica de Assistência Social – LOAS, O Sistema Único de Saúde – SUS, o Estatuto da criança e do Adolescente – ECA, O Estatuto do Idoso, Os conselhos de Direito e Tutelares, o Sistema Único de Assistência Social SUAS, a implantação dos Centros de Referência de Assistência Social (o complexo CRAS\CREAS), a lei Maria da penha, entre outras importantes legislações e políticas, municipais, estaduais e federais, envolvendo relações de gênero, raça e etnia por exemplo. Assistiu-se ao mesmo tempo, uma proliferação de ações genericamente caracterizadas como de terceiro setor sustentadas em parcerias com o setor público em aos voluntarias consideradas como de responsabilidade social. (Silva 2006. P 46).

Se de um lado é preciso defender, sim a conquista inscrita no âmbito na emancipação política, por outro lado é necessário ter claro que tais reformas não efetivarão, por si só, a emancipação humana.

Já sobre os registros do trabalho do serviço social na área da saúde, a chamada documentação do serviço social é um conjunto de registros elaborados pelo próprio profissional no contexto da sua intervenção profissional, logo uma expressão do trabalho do assistente social na área da saúde.

Pois um dos desafios hoje para o serviço social é concretizar no dia a dia dos serviços o projeto ético político do serviço social, qual na saúde, também passa pela articulação com os princípios do projeto da reforma sanitária.

A origem da existência do registro escrito da intervenção em saúde é tão antiga quanto a configuração da medicina ocidental. No entanto é no contexto da criação do hospital que se dá a necessidade de elaboração de prontuários que congregassem os dados sobre o usuário atendido.

Assim, o prontuário surge como uma estratégia de sintetização das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais de saúde e para comunicação – tanto na cooperação horizontal entre as diferentes especialidades da medicina, como na cooperação vertical, entre as diversas profissões da saúde – entre essa gama de profissionais, frente a ampliação das ações profissionais e da complexidade dos serviços nas unidades de saúde. Portanto o prontuário assume uma necessidade concreta, pois na ausência de um profissional que controle todo o processo de atenção a saúde existe a necessidade de se forjar um registro sobre esse atendimento e uma comunicação entre os profissionais. Tal comunicação é expressão cabal de que é impossível a partir daí realizar um trabalho sem a cooperação de diferentes profissionais.

tratado aqui como registro de saúde, prontuário é definido como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os

membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestadas ao indivíduo. Destinasse, ainda ao subsidio dos processos de gestão, ao ensino e à pesquisa em saúde; à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, além de documentar demandas legais. (Matos, 2013. P 113).

Os assistentes sociais que atuam na área da saúde, em geral, realizam uma acurada análise de limites e contradições do sistema único de saúde. Contudo é possível que parcela da categoria profissional, mesmo conhecendo a problemática que envolve o SUS na atualidade, não dorme as origens disso. É necessário ao serviço social junto do conhecimento dos problemas que envolvem o SUS articula-lo com suas raízes, o que implica reconhecer dois importantes aspectos: desnudar a relação que há entre política econômica e política social, e, também, compreender os determinantes da formação social e econômica desse país e de suas instituições.

Iniciativas mais consistentes para enfrentar esse complexo social carecem, evidentemente, de ações que superem os limites de uma profissão, embora não prescindam dela. A violência no DF é um fenômeno que perpassa por todas as classes sociais, contudo não com a mesma expressão, tampouco com os mesmos recursos para o manejo dos agravos. Em razão da frequência com que ocorrem os agravos e danos, muitas vezes devastadores para as vítimas, familiares e para a sociedade. Os ciclos de vida mais acompanhados pelos serviços de saúde são: crianças, mulheres e idoso.

5. PROGRAMA DE PESQUISA, ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA À VIOLÊNCIA – PAV

O histórico de enfrentamento da violência na rede de saúde do DF vem desde 1997 quando instituições começam a se organizar com o fim de implantar o programa de proteção à criança vítima de maus tratos no Hospital Regional da Asa Sul – HRA. Como destaca o manual de fortalecimento da atenção integral às pessoas em situação de violência do distrito federal. Estas ações inicialmente eram centralizadas neste serviço com o propósito de normatização e análise das ações propostas e capacitação de profissionais de diversas categorias, envolvidos no atendimento (Vilela, 2005).

Para monitoramento e análise de perfil dos casos de violência foi elaborada em 1999 a Ficha de Notificação para Maus tratos contra Crianças e Adolescentes, a partir do manual “Orientação para profissionais de saúde no atendimento à criança e ao adolescente vítima de maus tratos”. (Ministério da Saúde)

O fenômeno da violência, sabidamente, envolve uma complexidade de ações que extrapolam o setor saúde, fazendo-se necessário a participação de diversos setores da sociedade na construção de alternativas para dar respostas às situações encontradas. Assim foi instituída a Rede de atenção às vítimas de violência com a realização de reuniões periódicas com órgãos governamentais e não governamentais, com a participação de representantes das secretarias de saúde, educação, segurança pública, esporte e lazer, além de DETRAN, promotorias de defesa da infância e juventude e da mulher, vara da infância e juventude, conselhos tutelares, centro de referência Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes – CECRIA e outros órgãos que se integram a partir de situações específicas.

Esta rede possibilitou avanços e conquistas no enfrentamento da violência no DF, tais como integração das instituições envolvidas ocasionando maior resolutividade dos problemas enfrentados; estratégias preventivas ao abuso sexual nos transportes escolares e a aprovação do plano de enfrentamento a violência e exploração sexual de crianças e adolescentes em abril de 2005 (Vilela, 2005).

A grande demanda de atendimento de crianças vítimas de violência atendidas no HRAS fez com que a proposta de descentralização das ações para outros serviços da saúde se fizesse necessária. Em 2001 foi nomeado no Diário Oficial da União do Distrito Federal o Comitê responsável para elaborar as diretrizes deste processo de descentralização. Em 2002 iniciaram-se as capacitações para uma intervenção mais qualificada da rede de saúde.

Em 2003 é criado formalmente na estrutura da SES-DF, através do decreto nº 23.812 de 03 de junho de 2003, o núcleo de estudos e pesquisa em acidentes e violência – NEPAV, subordinado à estruturas da Subsecretaria de atenção à Saúde SAS. Unidade orgânica e tem como missão adequar, normatizar, planejar e coordenar as ações de promoção, prevenção, vigilância e atendimento às pessoas em situação de violência no Distrito Federal, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e com a Política Nacional de Humanização. É responsável pela coordenação e articulação dos PAVs, subordinada à Subsecretaria de Vigilância à Saúde.

O Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência – PAV foi criado na estrutura da SES-DF pela Portaria nº. 141/2012, tendo como principais atribuições o atendimento às pessoas em situação de violência, numa abordagem biopsicossocial e interdisciplinar, a articulação com a rede de atendimento, os encaminhamentos institucionais e intersetoriais, a promoção da cultura de paz e a vigilância dos casos de violência.

Os PAVs estão distribuídos nas regionais de saúde, nas quais é realizado o atendimento especializado por equipes multiprofissionais para as vítimas de violência. São ações do PAV:

- Acolhimento: atendimento humanizado no qual o profissional proporciona a escuta qualificada da situação enfrentada pela pessoa.
- Vigilância: notificação dos casos de violência, análise epidemiológica da situação de violência.

- Atendimentos: atendimentos individuais, familiares ou grupais. Este Núcleo foi criado por recomendação do MS, com o objetivo de organizar a política nacional de redução de Morbimortalidade por acidentes de violência no DF. O NEPAV passou a ser então o Núcleo central coordenador dos programas nas regionais de saúde.

O Hospital Regional de Samambaia, de acordo com informações colhidas no site da Secretária de Saúde, foi incorporado à rede hospitalar da SES/DF em 24 de janeiro de 2003. É um hospital geral destinado à prestação de atendimento e internação nas especialidades clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia. No ambulatório funcionam as especialidades cardiologia, cirurgia geral, pequenas cirurgias, cirurgia ginecológica, dermatologia, geriatria, mastologia e o ambulatório de estomas.

A Regional de Saúde de Samambaia conta ainda com uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 Horas que atende clínica médica, pediatria e odontologia. Possui também quatro centros de saúde; quatro clínicas da família; duas unidades básicas de saúde – UBS; e dois Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, sendo um CAPS II (para adultos acima de 18 anos com transtornos mentais graves e persistentes) e outro CAPS – AD, tipo III (para adultos usuários de álcool e drogas). Todos citados anteriormente são de natureza pública e divididos conforme área de abrangência da cidade.

A população atendida pelo HRSam provém, em sua maioria, das cidades de Samambaia, Riacho Fundo, Recanto das Emas e Santo Antônio do Descoberto – GO. Os usuários deste serviço chegam tanto de forma espontânea, como também encaminhados por outras instituições. A principal demanda desta população é por um atendimento emergencial e de urgência, e o vínculo temporal destes usuários com o Hospital é indeterminado, pois é de acordo com o tempo de internação ou o número de consultas na instituição. Em geral estes usuários enxergam o Hospital somente como um prestador de serviços, não tendo a dimensão que este é um direito garantido pela Constituição e que tem que ser prestado com qualidade.

O surgimento do Serviço Social no HRSam vem juntamente com a inauguração deste, em 2003, e com a necessidade de ter profissionais do Serviço Social na área da

saúde. O Hospital referido tem uma sala no térreo onde fica o Núcleo de Serviço Social (NSS). Atualmente este Núcleo é composto por cinco assistentes sociais de 40 horas, divididas entre a clínica médica, maternidade, NRAD, PAV orquídea e chefia do Núcleo; e uma técnica administrativa.

Até 2010 o quadro de assistentes sociais era composto somente por duas profissionais, nesse período o Serviço Social não era visto e nem reconhecido no contexto do Hospital. Não se tinha o suporte de definir as clínicas que teriam prioridade para ter uma assistente social voltada só para ela, e também não se usava a metodologia de fazer triagem para os atendimentos sociais.

No final do ano de 2010 há um aumento no quadro profissional de mais uma assistente social. As três assistentes sociais no ano de 2011 fizeram uma circular para todo o Hospital, onde citavam quais eram e não eram as atribuições das assistentes sociais. Feito isso, passa-se a ter um maior reconhecimento da profissão enquanto categoria coletiva de luta pela garantia de direitos e emancipação dos usuários dos serviços. Nessa mesma época definem-se as clínicas que tem prioridade no atendimento social, são elas: clínica médica, pronto socorro e maternidade.

Em 2011 o quadro de assistentes sociais amplia novamente, e de três passa para cinco, quantidade que se mantém até os dias atuais. Porém, essa quantidade não é a ideal, o ideal seria uma assistente social para cada clínica, ou seja, nove assistentes sociais de 40 horas. Seis ficariam nas clínicas: clínica médica, pronto socorro, clínica cirúrgica, ambulatório, maternidade e ginecologia; uma no PAV orquídea, uma no NRAD; e uma na chefia do Núcleo.

O Núcleo de Serviço Social, de acordo com a divisão sócio técnica do trabalho, está subordinado, nas questões administrativas (em relação às folhas de ponto, abonos, férias dos profissionais), à direção do HRSam. Já no que diz respeito às questões mais abrangentes, está de acordo com o quadro abaixo:

O NEPAV intensificou as capacitações para todas as regionais de saúde ampliando o núcleo de comitês que em 2003 passaram a ser denominados Programas de Prevenção de Acidentes e Violências – PAV's. ate 2005 foram implantados 14 destes serviços no DF. A implantação destes programas foi considerada como responsável por grandes avanços na melhoria da qualidade do atendimento.

Em 2009, a notificação das violências passou a ser inserida no sistema de informação de agravos e notificação – SINAN. Isto favoreceu o fortalecimento da vigilância continua de violência na SES-DF por meio da implantação da ficha de notificação de violência, como agravo contemplado no sistema Nacional. Para iniciar este processo, optou-se pela realização de oficinas regionais com profissionais de saúde lotados em serviços de atendimento às vítimas de violência.as oficinas foram elaboradas em consonância com a realidade local e contou com o apoio dos PAV's regionais.

A realização de oficinas de capacitação foi escolhida como estratégia operacional, para subsidiar e garantir a sensibilização, a divulgação, treinamento e elaboração do planejamento das etapas posteriores de forma adequada a realidade técnica, política e administrativa de cada regional de saúde, garantindo, desta forma, a sustentabilidade do projeto.

Em 2011, o NEPAV por meio do decreto nº32.925, de 11 de maio de 2011, foi extinto das estruturas administrativas da subsecretaria de atenção à Saúde, da Secretaria de estado da Saúde do Distrito Federal e criado na estrutura administrativa a gerencia de doenças e agravos não transmissíveis, da diretoria de vigilância epidemiológica, da Subsecretaria de vigilância à saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Sendo assim, a atual organização da rede de saúde no distrito federal para enfrentamento da violência é o sistema público constituído por hospitais terciários e secundários(Hospitais Regionais), pelas unidades básicas de saúde (centros de saúde e unidades de estratégia de saúde da família) e por unidades especializadas. Os PAV's estão distribuídos então atualmente nos serviços secundários e unidades especializadas e em algumas unidades básicas com representantes.

Atualmente estão implantados 18 PAV's, com nomes fantasia de flores. Pois esta é a forma estratégica que se encontrou para mais uma vez tentar humanizar o atendimento. Teoricamente, estes centros de atendimento deveriam ser compostos em sua estrutura por um coordenador, um vice coordenador (com carga horária de 20 horas específicas para esta atividade). A equipe mínima deve ser composta por assistente social, psicólogo, ginecologista, psiquiatra, hebiatra, pediatra, enfermeiro e também profissionais que acompanham uma equipe multidisciplinar como terapeuta ocupacional e fisioterapeuta entre outros.

Sendo assim, todas as unidades médicas realizam atendimento médico e social, notificação de casos, encaminhamentos intrasetorial e inter setorial. No entanto, alguns realizam ações de atendimento especializado.

Logo, a proposta foi alicerçada em um projeto de fortalecimento do programa. O planejamento proposto foi composto por passos em seu processo que consistem em: planejamento do projeto, construção coletiva dos produtos através de oficinas com o núcleo central e os serviços regionais, implementação e/ou implantação de ações, acompanhamento, monitoramento e avaliação do processo.

O projeto foi construído entre o NEPAV e o núcleo de Ações Pactuadas da Subsecretaria de Vigilância à saúde – NAP-SVS, que é o setor responsável pela condução de processos de planejamento, monitoramento e avaliação no âmbito da SVS, através da discussão em reuniões técnicas.

Adotou-se a estratégia de realização de oficinas Temáticas para discussão e construção da nova proposta e construção de produtos esperados. Foram disponibilizadas vagas para gestores/coordenadores do programa e servidores da SES-DF que atuam nos serviços de atendimento direto às pessoas em situação de violência, abrangendo as quinze regionais de saúde – RS – existentes.

As oficinas contemplaram atividades de exposição dos temas específicos seguida de discussões e atividades práticas, divididas em quatro módulos.

- Planejamento e programação em saúde;
- Atribuições e objetivos de um programa de atendimento a pessoas em situação de violência;
- Oficina de monitoramento e avaliação com foco na melhoria do programa;
- Plano de integração das ações de Vigilância e Assistência na Atenção Integral à Pessoas em Situação de Violência.

Assim, foram pactuadas missão, visão, objetivos e atribuições do programa. Missão é a sua própria razão de ser, visão é uma projeção para o futuro que diz onde se pretende chegar. Atribuições referem-se aos fins para o qual o serviço esta construído. E por fim, os objetivos estabelecem de forma geral e abrangente, as intenções e os efeitos esperados do programa, orientando o seu desenvolvimento ou um conjunto de eventos ou ações que contribuem para alcançar o objetivo geral. (BRASIL, 2007).

5.1 PAV Orquídea

O PAV orquídea (Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência) foi implantado na regional de Samambaia em agosto de 2011. É composto por uma assistente social e uma psicóloga, mas pode ter profissionais de todas as áreas da saúde. Tem como finalidade oferecer às pessoas em situação de violência atendimento integral e intersetorial de forma a contribuir para a redução da reincidência dos casos. O público principal é constituído por mulheres, crianças e adolescentes. Os relatos mais frequentes sofridos por crianças e adolescentes referem-se a abuso sexual; pelas mulheres, a violência física e psicológica, geralmente provocadas pelo companheiro; e entre os idosos, a violência física, psicológica e também a financeira, quando a aposentadoria é utilizada pelo familiar, sem nenhum benefício em prol do idoso.

O atendimento ocorre por meio de demandas externas, encaminhadas pela rede de proteção social – Conselhos Tutelares, Tribunal de Justiça, Varas da Infância, CRAS, CREAS, entre outros – e também pela demanda interna, por meio da busca ativa de pacientes no próprio HRSam. Qualquer morador das cidades de Samambaia, Recanto das Emas e Riacho Fundo que sofreu ou que esteja em situação de violência pode entrar em contato com o PAV de Samambaia.

Quanto à capacidade de atendimento: o atendimento é feito com agenda aberta. São recebidas as fichas de notificação, ou as GAES de atendimento feitos na emergência e que não foram notificadas e procede-se a convocação do usuário ou de seu responsável, no caso de crianças e adolescentes. É realizado o acolhimento, a entrevista de avaliação do caso e os devidos encaminhamentos. Alguns casos continuam em acompanhamento na unidade. Outros são referenciados a serviços que dispõe de atendimento psicológico.

- **Justificativa do projeto**

Dado o novo desenho organizacional com a Inclusão do NEPAV na estrutura da DIVEP, fez-se necessário o estreitamento da vigilância com a assistência. Assim este projeto propôs-se a contribuir para o aprimoramento das ações de controle desta situação nos níveis de atendimento, bem como estabelecer de forma mais ampliada os processos já existentes de vigilância, prevenção e promoção, com o intuito de melhorar a qualidade da atenção integral.

A qualidade na assistência deve ser incluída em um contexto de atenção integral à saúde. Assim, o atendimento deve ser organizado com o objetivo de garantir a oportunidade das ações que envolvem o cuidado em todos os seus componentes: prevenção, assistência e vigilância, utilizando conhecimentos técnicos- científicos atuais e recursos disponíveis adequados.

Para a Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Subsecretaria de vigilância em saúde, este projeto representa uma iniciativa concreta para a construção da integração das ações de vigilância nos serviços de atendimento com a finalidade de fortalecer a rede de

prevenção e atendimento nas situações de violência e incorporar, de forma efetiva, a vigilância e promoção à saúde nesta temática.

Assim este projeto justificou-se pela possibilidade da integralidade das ações, que podem contribuir para o fortalecimento do programa. Também poderá fornecer aos gestores, os subsídios necessários para as propostas de reorientação e/ou reorganização de atendimento e para tomada de decisão e negociação entre os gestores do nível central e regional para resolução dos problemas levantados.

- **Objetivos**

Objetivo Geral – Reorganizar o Programa de Atenção Integral às Pessoas em Situação ou Risco de Violência no Distrito Federal na perspectiva da incorporação efetiva da vigilância em saúde, contribuindo de forma integrada para a redução da morbimortalidade relacionada às situações de violência no DF.

Objetivos específicos

- Dar visibilidade à violência como problema de saúde pública.
 - _ estimular a notificação das situações de violência para subsidiar a criação e implementação de políticas públicas.
 - Conhecer a evolução das pactuações de políticas públicas relacionadas à assistência e a vigilância da atenção integral a pessoas em situação de violência.
 - Capacitar os profissionais de saúde para a identificação de atuação nas situações de violência para o desenvolvimento do trabalho integrado.
- Contribuir para a redução de reincidência das situações de violência.
- Realizar a oficina de Monitoramento e avaliação com foco na melhoria do programa para construção do modelo lógico do programa de atenção integral à pessoa em situação de violência.

- Rever as atribuições dos PAV's, nas perspectivas da incorporação da vigilância e verificar se estão sendo cumpridas.

- Oferecer às pessoas em situação de violência, atendimento integral e interpessoal de forma a contribuir para a superação de condições geradoras de violência e sequelas resultantes.

Logo, as competências do programa de maneira regional se destina à prestar assistência em uma abordagem biopsicossocial e interdisciplinar às pessoas em situação de violência, elaborando e divulgando material educativo e informativo relativo às ações de promoção, prevenção, atendimento na temática de violência, realizando também capacitações para os profissionais de saúde e outros parceiros da rede de proteção e responsabilização para as ações de promoção, prevenção, atendimento, notificação e encaminhamento interinstitucional e Inter setorial.

Cabe também elaborar projetos, protocolos e fluxos para otimização do serviço, no sentido de assessorar, supervisionar e monitorar o preenchimento realizado pelos profissionais de saúde das fichas de notificação instituídas pelo Ministério da Saúde e cumprir os fluxos e encaminhamentos estabelecidos. Realizando levantamento, organização e análise de dados estatísticos e epidemiológicos mensalmente e dar conhecimento à gestão, profissionais da saúde e comunidade;

Promover a articulação da rede de proteção e responsabilização locais, supervisionar os serviços de saúde que executam ações relacionadas ao atendimento de pessoas em situação de violência no âmbito regional, realizando pesquisas para produção de conhecimento referente às situações de violência estimulando a participação social e promovendo ações de mobilização nos diferentes segmentos sociais e institucionais para o enfrentamento à violência no âmbito da regional.

Atualmente, a equipe de Serviço Social do HRSAM, por sua vez presta apoio ao programa, acolhendo às vítimas de violência que dão entrada nas emergências e clínicas,

realizando os primeiros encaminhamentos necessários e orientando-as acerca de sua inclusão no atendimento ambulatorial junto ao PAV- Programa Orquídea.

Além do atendimento psicossocial por meio de equipe multiprofissional às vítimas de violência, o PAV – Programa Orquídea desenvolve capacitações às equipes de saúde, participa ativamente da Rede Social de Samambaia e da Rede Inter setorial de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do DF, por acreditar que o enfrentamento à violência só é possível a partir do fortalecimento das políticas públicas já existentes, da ampliação do diálogo inter setorial entre as diversas secretarias do GDF e da participação e mobilização da sociedade civil. As atuações em redes têm sido muito benéficas, pois tem possibilitado a execução de ações de prevenção à violência na comunidade. Porém, estas ações ainda não foram totalmente incorporadas pelo conjunto das entidades governamentais e não governamentais de proteção social, principalmente pela comunidade local. O que prevalece são ações fragmentadas e pontuais, fato este constatável nas reuniões da rede de proteção social no âmbito local.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estágio supervisionado, houve a possibilidade de imersão nesta temática da violência/saúde em um terreno complexo na compreensão e análise da realidade social, através do contexto histórico estrutural/conjuntural, o qual se processa a prática da equipe no âmbito da saúde no PAV- Programa Orquídea, com vistas a articular informações teórico/práticas e a relacioná-las a defesa e princípios destas ao compromisso e princípios estabelecidos no Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa Orquídea ainda tem muitos desafios a serem superados. A limitação do espaço físico, visto que o funcionamento é uma sala pequena em um prédio anexo longe das demandas presentes, o número de profissionais insuficiente para o atendimento, o programa trabalha com uma limitação quanto à quantidade de atendimento aos usuários, pois a demanda é maior do que sua capacidade de atendimento e por isso é feito um filtro das situações mais complexas, onde a intervenção deve ser imediata. Por outro lado, os outros usuários ficam em uma lista de espera até que seja possível seu atendimento, significando que a demora no atendimento poderá piorar o estado em que se encontram essas usuárias, isso poderá tornar ineficientes busca ativas posteriores. É necessário de imediato, pelo menos, mais uma Assistente Social para que as demandas de prevenção a violência seja atendida.

Toda a análise realizada neste trabalho nos mostra parte de um perfil de como está a implantação das ações para o enfrentamento da situação das violências no setor saúde e nos permite fazer uma reflexão sobre as potencialidades a serem enfrentadas na resolução de toda problemática elencada pelas mais diversas unidades de atendimento no sentido de melhorar a qualidade do programa no Distrito federal.

Logo, a mobilização social é o primeiro passo que as pessoas realizam para que se sintam responsáveis e capazes de provocar e construir mudanças. Assim estimular a participação social e promover ações de mobilização nos diferentes segmentos sociais e institucionais é uma das estratégias encontradas pelo serviço na tentativa de inserir os

indivíduos no processo de discussão, decisão, acompanhamento e avaliação das ações implementadas pelo poder público para o enfrentamento à violência no âmbito regional.

Como destaca Matos (2013,p 146), os assistentes sociais que atuam na área da saúde, em geral, realizam uma acurada análise dos limites e contradições do Sistema Único de Saúde. Contudo, é possível que parcela da categoria profissional, mesmo conhecendo a problemática que envolve o SUS na atualidade, não domine as origens disso. É necessário ao Serviço social, junto dos problemas que envolvem o SUS. Articulá-lo com suas raízes, o que implica reconhecer dois importantes aspectos: desnudar a relação que há entre a política econômica e política social, e, também compreender os determinantes da formação social e econômica desse país e das suas instituições.

Evidentemente, para o assistente social pensar criticamente no seu cotidiano de trabalho, é preciso estabelecer algumas condições, e pelo que se tem visto, tem sido cada vez mais difícil, frente às condições objetivas do trabalho, ou seja, a fragmentação do trabalho coletivo, bem como as exigências próprias da vida cotidiana. Portanto, a realidade é contraditória.

Nesse sentido, realizar a capacitação para os profissionais da saúde e outros parceiros da rede de proteção e responsabilização para as ações de promoção, prevenção, atendimento, notificação e encaminhamento interinstitucional e inter setorial é considerado fator importante para melhoria da qualidade da atuação nas situações de violência e do desenvolvimento do trabalho integrado. É também elencado como um dos objetos específicos do programa no distrito federal.

Existem aspectos da violência, que nos permitem identificar o perfil básico da vítima, do agressor e dos fatores de risco que levam a violência. Talvez pela complexidade dos fatores envolvidos nas situações de violência, pela omissão da sociedade e do Estado, pela inoperância das políticas públicas, ocorre o risco de banalização e naturalização de ocorrências.

Todavia não se pode deixar de reconhecer, alguns avanços e ganhos obtidos com o investimento em políticas públicas para a população nos últimos anos, tanto que tal investimento se traduz em longevidade. Entretanto o enfrentamento a violência ainda envolve muitas particularidades e ações inter setoriais. É preciso combater as causas e modificar as circunstancias que a favorecem. Não basta denunciar ou punir o agressor, por que ele sempre volta para junto da vítima, mantendo o ciclo vicioso da violência doméstica. É necessário implantar uma rede social de proteção que seja capaz de amparar a sociedade como um todo.

BIBLIOGRAFIA

- BRAVO, Maria Inês Souza; Matos, Maurílio Castro. **Reforma Sanitária e Projeto ético Político do Serviço Social: Elementos para o debate**. In: BRAVO, Maria Inês et al. *Serviço Social e Saúde*. São Paulo\ Rio de Janeiro: Cortez\UERJ,2004.
- GIOVANELLA, Sara Escorel. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa, et al. – **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico – metodológica**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 1985.
- IANNI, Octavio. **A cultura da violência**. In: _____. *Capitalismo, violência e terrorismo*. Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 2004.
- MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise Diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genéve, 2002.
- PAIM. Jairnilson Silva. **Uma Analise sobre o Processo da Reforma Sanitária Brasileira**. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, V 33 n. 81. P 27-37, jan\abr, 2009.
- SILVA, José Fernando Siqueira. **Violência e Desigualdade social: desafios contemporâneos para o serviço social**. In: *Ser Social*, Brasília, N. 19 p 31-58, jul.\dez.2006.
- VIANA, A. L. d' A. & LEVCOVITZ, E. **Proteção social: introduzindo o debate**. In: VIANA, A. L. d' A.; P. E. M. & IBANHEZ, N. (Orgs) *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- VIANA, A. L. d' A.; LIMA, L. D. & OLIVEIRA, R> G> **Descentralização e Federalismo: a Política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro**. *Ciencia& saúde coletiva*, 7 (3): 493-507, 2002.
- BERLINGUER, Giovanni. *Medicina e Política*. São Paulo: CEBES/ HUCITEC, 1978.
- BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade Social pública ainda é possível!* **Revista Inscrita**, Brasília, nº 10, CFESS, 2007.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

_____. Superando Desafios – O Serviço Social na Saúde na década de 90. **Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do HUPE**, Rio de Janeiro, nº 3, UERJ, 1998.

_____. A política de saúde na década de 90: projetos em disputa. **Revista Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, nº 4, UERJ /HUPE, 1999.

_____. **Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, PotyaraAmazonaida (Org.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 88, Cortez, 2006.

_____. Serviço Social e saúde: desafios atuais. Temporalis. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social** – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios, São Luís, nº 13, ABEPSS, jan./jun. 2007.

_____. MATOS, Maurílio Castro. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, PotyaraAmazonaida (Org.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. MATOS, Maurílio Castro. Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Souza; MONNERAT, Gisele Lavinas (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 78, Cortez, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social. **Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais**, nº 1, Brasília: CFESS, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 7ª REGIÃO. **Assistente Social: ética e direitos**. Rio de Janeiro: CRESS 7ª Região, 2005.

_____. O Serviço Social em Hospitais: Orientações Básicas. Rio de Janeiro: CRESS 7ª Região, 2008.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 62, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais**. In: IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1982. p. 71-123.

_____. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. **Atribuições Privativas do(a) Assistente Social Em questão**. Brasília: CFESS, 2002.

MATOS, Maurílio Castro. O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 74, Cortez, 2003.

SALES, Mione Apolinario. (In)visibilidade perversa: adolescentes infratores como metáfora da violência. São Paulo: Cortez, 2007

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Prática Reflexiva. In: Em Pauta – **Revista de Serviço Social da UERJ**, Rio de Janeiro, nº 1, UERJ, 1993.

_____. A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.